Това Споразумение е сключено между: (This Agreement is between:)

Вие (YOU)

Първо име на майката:	Mother's first name ....
Презиме на майката:	Mother's middle name..
Фамилия на майката :	Mother's surname..
Адрес:	Address ....
....	....

ЕГН:.......................................,

л.к.№ ....,

изд. на.......................................

Телефон Домашен (Home): ....

Мобилен (Mobile) :..

Email: ....

Първо име на бащата :	Father's first name ....
Фамилия на бащата:	Father's surname ....

Телефони Мобилен (Mobile) : ....

Email: ....

Име на детето (ако е известно): ....

Child's name (if known)..

Моля, уверете се, че цялата информация, дадена по-горе, е точна /Please ensure all details above are correct

МЦА (MCA)

Наименование на компанията (Company Name) - Медицински Център Афродита ООД

МОЛ: Величка Пеева- Пападопулу

Наш адрес (Our Address) - град София, 1407, улица Проф. Марин Големинов 3В
Телефон (Telephone) - 028060060

Факс (Fax) - 029620977

Ние (WE)

Наименование на компанията (Company Name) - FUTURE HEALTH TECHNOLOGIES

Наш адрес (Our Address) - Фючър Хелт Технолоджис Лимитид
10 сграда Фарадай, Бул. "Юниверсити", Нотингам NG7 2QP
Обединеното Кралство
Тел: +44 115 967 7707 (UK)

Сертификати и лецензи:

- HTA (Human Tissue Authority) License 22503;
- MHRA (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) BEA Number: BEA 21314;
- MHRA Certificate No: 0083/00/00/0-04, Bank Number: 0083;
- GLP (Good Laboratory Practice);
- GMP (Good Manufacturing Practice);
- IATA SDR/sdr/G-07.004;
- ISO 9001:2008, Certificate No: FS6554566;
- Удостоверение No 4/29.05.2009 г. от Изпълнителна агенция по трансплантация при МЗ и последващите допълнения.

Таблица с такси (Fees Schedule)

Първоначална административна такса: 1000лв
(Initial administrative fee)

Която включва (which includes):

Такса за доставка на комплекта за вземане на кръв от пъпна връв и/или тъкан от пъпна връв
(Fee for delivery of the set for Cord Blood and/or Cord Tissue sample taking)
Такса за транспортиране на кръвта от пъпна връв и/или тъкан по куриер до нашата лаборатория
(Fee for transport cord blood and/or tissue samples to our laboratory by a courier)

При невъзможност да се криоконсервират стволови клетки, се възстановява половината от авансово заплатената сума, получена при подписване на настоящето споразумение или сумата от 500(петстотин) лева в седем дневен срок.
(If it is not possible to cryopreserve the stem cells, then half of the amount paid in advance and received at the conclusion of this agreement or the amount of 500 (five hundred) leva will be restored in a period of 7 days).

Такси за обработване на стволови клетки
(Fees for stem cell processing)

Моля, поставете чавка в съответните клетки за услугите, които Вие избирате
(Please, tick the respective cells for services that you choose)

Такса за обработване и криопрезервация на стволови клетки от кръвта от пъпната връв 3350лв
(Fee for processing and cryopreservation of Cord Blood Stem Cells)

Такса за MSC обработване и криопрезервация на тъкан от пъпна връв и кръв от пъпната връв 4300лв
(Fee for MSC processing and cryopreservation of Cord Tissue and Cord Blood)

Всички посочени по-горе услуги ще включват извършването на:
(All services specified above will include the following)

- Кръвни тестове на майката при раждане включително PCR (NAT)
(Performing blood tests for the mother at childbirth including PCR (NAT))
- Обработване и криопрезервация на кръв от пъпна връв и/или тъкани и стволови клетки
(Processing and cryopreservation of cord blood and/or cord tissue samples and stem cells)
- За 20 годишен период на съхранение
(Storage for the period of 20 years)

Таксите за обработване са платими единствено след успешното обработване и съхранение на съответните стволови клетки. Таксата е дължима в 7-дневен срок от получаване на сертификата.
(Fees for processing are to be paid only after the successful processing and storage of the respective stem cells. The fees are payble in 7 days term after receipt of the Certificate)

Посочените такси се заплащат в евро или левовата им равностойност, определена по курс на БНБ, валиден за деня на плащането.
(The fees above shall be paid in Euro or in its equivalence in BGN as per the exchange rate of the Bulgarian National Bank valid for the day of the payment.)

Моля, оградете съответната сума, за да изберете опцията на съхранение.
(Please, encircle the respective amount in order to choose the storage option)

Медицински въпросник за майката (Maternal Medical Questionnaire)

Моля отговорете на следните въпроси, според информацията, която имате/Please answer the following questions to the best of your knowledge

	Да (yes)	НЕ (no)
Имала ли сте малария през последните 3 години? Have you had malaria in the past 3 years?	( )	( )
Диабетичка ли сте (моля, посочете, ако имате гестационен диабет)? Are you diabetic (please indicate if you have gestational diabetes)?	( )	( )
Имала ли сте някаква форма на рак? (Ако това е така, моля, дайте информация в раздела за коментари по-долу) Have you ever suffered from any form of cancer? (If so please give details in the comments section below)	( )	( )
Била ли Ви е извършвана графия или трансплантация на орган? Have you ever had a graft or an organ transplant?	( )	( )
Имала ли сте някога болест, предавана по полов път? (Ако това е така, моля, дайте информация в раздела за коментари по-долу) Have you ever had a sexually transmitted disease? (If so please give details in the comments section below)	( )	( )
Имате ли или има ли за Вас риск да сте носител на HIV/СПИН? Do you have or are you at risk from HIV/AIDS?	( )	( )
Имате ли хепатит понастоящем? Ако да, моля отбележете оградете типа: A B C Do you have Hepatitis at present? If so, please circle which type: Hepatitis A or B or C	( )	( )
Имала ли сте хепатит в миналото? Ако да, моля отбележете оградете типа: A B C Have you ever had Hepatitis in the past? If so, please circle which type: Hepatitis A or B or C	( )	( )
Била ли сте подложена на вливане на кръв през последните 12 месеца? Have you had a blood transfusion within the last 12 months?	( )	( )
Била ли Ви е поставяна татуировка или боди пиърсинг през последните 12 месеца? Have you had a tattoo or body piercing within the last 12 months?	( )	( )
Дали Вие или Ваш близък страдате от болестта на Кройцфелд-Якоб? Do you or a blood relative has Creutzfeld-Jacob Disease (CJD)?	( )	( )
Имала ли сте някога туберкулоза? Have you ever had tuberculosis?	( )	( )

Дата на раждане на майката (ден, месец, година)/ Mother's date of birth (day, month, year): _______/_______/_______

Цяло име на майката/ Mother's full name: ....

Дата/ Date: _______/_______/_______ Подпис/Signature: ....

Каквито и да било коментари или допълнителна информация относно Вашата анамнеза на заболяванията, за които смятате, че трябва да ни информирате: Any comments or additional information on your medical history you think you should inform us of:

....

Необходими кръвни тестове на майката (Required Maternal Blood Tests)

Следните кръвни тестове на кръвта на майката са необходими, за да се удостовери, че не страдате от някакво заболяване, което може да е било предадено на Вашето дете, и ако е предадено, ще направи стволовите клетки от кръвта от пъпната връв неподходящи за съхранение. Това е в съответствие с изискванията на HTA и Министерство на здравеопазването на Великобритания.

Серология:
- HIV 1 & 2 (Анти HIV 1 & 2)
- Хепатит B (HBsAg)
- Хепатит B (Анти HBc)
- Хепатит C (Анти HCV)
- Сифилис
- Човешки Т-лимфотропен тип 1&2 (Анти HTLV 1&2)
- Цитомегаловирус CMV IgG & IgM

PCR (NAT)
- HIV 1 & 2
- Хепатит B (HBV)
- Хепатит C (Анти HCV)

The following blood tests on the mother's blood are required in order to ensure that you are not suffering from any illness, which could have been transmitted to your child and if transmitted would render the cord blood stem cells unsuitable for storage. This is in accordance with the Human Tissue Authority (HTA) of the U.K. Department of Health as well as EU Directives' guidelines for tissue banks.

Serology:
- HIV 1 & 2 (Anti HIV 1 & 2)
- Hepatitis B (HBsAg)
- Hepatitis B (Anti HBc)
- Hepatitis C (Anti HCV)
- Syphilis
- HTLV 1 & 2 (Anti HTLV 1 & 2)
- CMV IgG & IgM_

PCR(NAT)
- HIV 1 & 2
- Hepatitis B (HBV)
- Hepatitis C (HCV)